

مراجعة استحقاق الحصول على  
خدمات ووسائل دعم طويلة الأجل

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

رقم معرف العميل	اسم العميل (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان العميل
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان بريد العميل
البريد الإلكتروني للعميل		رقم هاتف العميل (بما في ذلك رمز المنطقة) <input type="checkbox"/> المنزلي <input type="checkbox"/> الخليوي <input type="checkbox"/> رسالة	
<b>مندوب مفوض</b>			
المندوب المفوض هو الشخص الذي تسمح له بالوكالة أو من ينوب عنهم بالتحدث حول الفوائد الخاصة بك. يمكنك تحديد شخص ما لكن ليس ذلك ملزماً. ومن الأمثلة على ذلك الوصي، أحد أفراد الأسرة، وكيل رسمي. هل لديك مندوب مفوض؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الاسم		صلة القرابة (الوصي، أحد أفراد العائلة، إلخ)	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان البريدي
البريد الإلكتروني		رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)	
<b>موارد العميل</b>			
المكان	الكمية / القيمة		
	دولار	فتح حساب من قبل التمريض المنزلي/ مرفق التمريض	
	دولار	أموال نقدية	
	دولار	حساب الشيكات	
	دولار	حساب الادخار	
	دولار	الحسابات المصرفية الأخرى	
	دولار	وثيقة تأمين الحياة / الدفن	
	دولار	أموال الدفن	
	دولار	المعاشات	
	دولار	منزل أو ممتلكات أخرى	
غير ذلك - مركبات، ائتمان، أسهم، سندات، صناديق استثمار مشتركة، شهادات إيداع: (المدرجة أدناه)			
	دولار		
	دولار		
هل بعت، تداولت أو اكتشفت مالاً أو منزلاً أو ممتلكات أو موارد أخرى خاص بك في السنوات الخمس الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل ما يلي:			
النوع	إلى من	المبلغ	تاريخ التحويل
		دولار	
		دولار	



المبلغ	دخل العميل
دولار	استحقاقات الضمان الاجتماعي
دولار	التقاعد / المعاش / المرتب السنوي
	غير ذلك - فوائد المحاربين القدامى، العمل والصناعات، والنفقة، الأرباح، الإيرادات، الفوائد، الإيجار أو الدخل ربع سنوي (المدرج أدناه)
دولار	
دولار	
دولار	
دولار	
المبلغ	النفقات الطبية الخاصة بالعميل والوصي/رسوم المستفيد (أرفق إثبات)
دولار	أقساط تأمين الرعاية طويلة الأجل و / أو الصحية (موفر القائمة)
دولار	فواتير طبية غير المدفوعة (قائمة)
دولار	
دولار	
دولار	
دولار	
دولار	رسوم الوصي الشهرية / المستفيد
المبلغ	زوج (زوجة العميل) / الدخل المعتمد على غيره
دولار	استحقاقات الضمان الاجتماعي
دولار	التقاعد / المعاش / المرتب السنوي
	غير ذلك - فوائد المحاربين القدامى، العمل والصناعات، والنفقة، الأرباح، الإيرادات، الفوائد، الإيجار أو الدخل ربع سنوي (المدرج أدناه)
دولار	
دولار	
دولار	
المبلغ	تكاليف مسكن زوج (زوجة العميل)
دولار	إيجار / رهن عقاري
دولار	الضرائب العقارية / التأمين على المنزل
دولار	المرافق
دولار	غير ذلك - تقدير القيم، الشقة أو الرسوم التعاونية، إيجار الفراغ، إلخ
تفويض للتحقق من الأصول	
سوف تتحقق هيئة الرعاية الصحية (HCA) وقسم الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) من الأصول لمراجعة أهليتي وللتحقق من دقة معلوماتي المالية. وأفهم أن HCA / DSHS قد تحقق وتتواصل مع أي مؤسسة مالية أو وكالة حكومية أو وكالة اتحادية أو قواعد بيانات خاصة باعتبارها جزء من عملية التحقق من الأصول. كما أفهم أن هذا التفويض ينتهي عندما تنتهي أهليتي للحصول على الفوائد. وقد ألغيت هذا التفويض في أي وقت من خلال تقديم إخطار كتابي إلى HCA أو DSHS. وإذا ألغيت التفويض، فسوف أتحمّل مسؤولية جميع عمليات التحقق من الأصول والموارد.	

### الإعلان والتوقيع (التوقيعات)

قرأت، أو تم توضيح استمارة مراجعة الأهلية والحقوق والمسؤوليات الخاصة بي وحصلت على نسخة من استمارة حقوق ومسؤوليات تغطية الرعاية الصحية، HCA 18-011. أفهم أن المعلومات التي أقدّمها لتقديم طلب للحصول على مساعدة ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين الاتحاديين ومسؤولي الولاية لتحديد ما إذا كانت هذه المعلومات صحيحة أم لا. وإذا كانت لدي رغبة في المرتب السنوي، لا بد أن أعدد اسم ولاية واشنطن باعتبارها المستفيد المتبقي. أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المقدمة في هذه المراجعة حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي.

توقيع العميل	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الزوج	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الوالد للطفل القاصر	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع المندوب المفوض أو المساعد	رقم الهاتف	التاريخ